

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

19

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Mademoiselle Suzanne LEMAIRE

Née le 31 Août 1914, à CORNIMONT (Vosges)

INSTABILITÉ ORGANIQUE
CHEZ LES
JEUNES ENFANTS TUBERCULISÉS

TRAVAIL FAIT AU PRÉVENTORIUM CONSUELO BALSAN
SAINT-GEORGES-MOTEL (Eure)

Président : M. DEBRÉ, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Mademoiselle Suzanne LEMAIRE

Née le 31 Août 1911, à CORNIMONT (Vosges)

INSTABILITÉ ORGANIQUE

CHEZ LES

JEUNES ENFANTS TUBERCULISÉS

TRAVAIL FAIT AU PRÉVENTORIUM CONSUELO BALSAN

SAINT-GEORGES-MOTEL (Eure)

Président : M. DEBRÉ, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSEY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FISSINGER.
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel IABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	BEZANÇON.
Cardiologie clinique	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE	Pathologie chirurgicale.	MM.
BARIETY	Pathologie médicale.	DE GAUDART
BENARD Henri..	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BERNARD Et..	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	HAGUENEAU ..
CATHALA	Pathologie médicale.	HALPHEN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
DOGNON.....	Physiologie.	JOANNON
FEY	Urologie.	LABBE Henri
FUNCK		LACOMME
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOL ..
GALLIARD	Parasitologie.	LAROCHE Guy.
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT (Fasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER ...	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MES GRANDS-PARENTS

A MES SŒURS

AUX MIENS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ
Médecin de l'Hôpital Herold
Membre de l'Académie de Médecine

Qui voulut bien me faire l'hon-
neur de présider cette thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND LESNÉ

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Membre de l'Académie de Médecine

Qui guida avec tant de bienveillante autorité mes études de pédiatrie et m'inspira cette thèse. Qu'il trouve ici un faible témoignage de ma profonde admiration et de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Ma bien vive reconnaissance
pour l'accueil qu'il me réserva
dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL BOULIN

Avec ma gratitude.

A MESSIEURS A. SAENZ ET L. COSTIL

Qui voulurent bien s'intéresser
à ce travail.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR
GERMAINE DREYFUS-SEE

Avec toute ma reconnaissance
pour les conseils qu'elle m'a pro-
digués.

A MADAME JACQUES BALSAN

Grâce à qui ce travail put être
fait. Qu'elle veuille bien trouver
ici l'expression de mes vifs remer-
ciements.

Instabilité organique chez les jeunes enfants tuberculisés

INTRODUCTION

Grâce à la générosité de Mme Jacques BALSAN, a été fondé en 1933, à Saint-Georges-Motel (Eure), un préventorium construit selon les dernières conceptions hygiéniques. Mme BALSAN ne se contente pas d'assurer la vie matérielle de cette œuvre magnifique. Au cours de son séjour à Saint-Georges, où elle réside une partie de l'année, elle manifeste par de fréquentes et longues visites l'intérêt qu'elle porte aux enfants et au personnel soignant, pour lequel ses témoignages de sympathie sont une aide morale précieuse, dans une tâche souvent pénible.

La Fondation Consuelo Balsan est destinée à recevoir une centaine d'enfants de deux à quatre ans, garçons et filles. La direction médicale en est confiée à M. le Docteur LESNÉ qui, secondé par les Docteurs G. DREYFUS-SÉE, CLÉMENT et LAUNAY, assure le recrutement des pensionnaires. Aucun enfant n'est admis à la Fondation sans avoir subi une cuti-réaction à la tuberculine et une radiographie si la cuti-réaction se montre positive. Sont éliminés les enfants présentant une tuberculose fébrile évolutive. C'est à M. le Docteur LESNÉ que revient l'idée si intéressante d'admettre sans distinction les enfants à cuti-réaction négative et positive, à condition de les recevoir dans des services rigoureusement séparés.

Au cours d'une année de séjour à Saint-Georges-Motel, il nous a été donné d'observer d'une façon suivie 120 enfants présentant une cuti-réaction positive et, à peu de détails près, la même histoire clinique et radiologique. Il est exceptionnel de trouver réunis en nombre important de jeunes enfants tuberculisés se trouvant à une période régressive de leur primo-infection, et de pouvoir les observer journellement pendant plusieurs mois. D'autre part, la Fondation Balsan reçoit, comme nous l'avons dit plus haut, des enfants de même âge à cuti-réaction négative. Les uns et les autres étant soumis à la même règle de vie, tout l'intérêt de notre travail réside dans l'*étude comparative* des deux catégories d'enfants.

Nous avons ainsi été amené à considérer les jeunes tuberculeux en convalescence de primo-infection comme présentant une *instabilité organique* : nous entendons par là une instabilité thermique et pondérale et une tendance particulière aux infections, celles-ci retentissant d'une façon très marquée sur l'état général. Ce déséquilibre est passager, mais justifie des soins prolongés.

Nous présenterons donc la technique de cure appliquée au Préventorium et le comportement de l'enfant à cuti-réaction positive, comparé à celui de l'enfant à cuti-réaction négative. Il nous manque pour juger des résultats obtenus l'épreuve du temps. Cependant l'étude de certaines de nos observations, relevées au cours de quinze mois de surveillance quotidienne, nous semble devoir prouver l'intérêt et la valeur de la cure préventoriale chez cette catégorie d'enfants.

CHAPITRE PREMIER

LA TUBERCULOSE DE PRIMO-INFECTION

(FORME OBSERVEE CHEZ NOS PETITS MALADES)

Nous ne parlerons pas ici des formes graves, mortelles, de la primo-infection tuberculeuse, qui ne rentrent pas dans le cadre de cette étude.

Nous n'envisagerons que les formes curables. M. ARMAND-DELILLE les groupe dans son traité en :

1° FORMES FRUSTES, d'étude radiologique particulièrement délicate. L'enfant garde son aspect floride. Au bout d'un temps plus ou moins long, le nettoyage radiologique est souvent complet ; il demeure parfois une image résiduelle sous forme d'une petite ombre dense lenticulaire, traduisant la présence d'un tubercule caséeux calcifié, séquelle type de la primo-infection.

2° FORMES RÉGRESSIVES. — On note, lors d'un premier examen, une ombre homogène, siégeant avec une fréquence élective à la partie moyenne du poumon droit, dans la région sous-scissurale, pouvant d'ailleurs se rencontrer en un point quelconque du champ pulmonaire. La régression commence au bout de quelques mois. C'est à ce type curable de tuberculose de primo-infection qu'appartiennent nos pe-

tits malades. Toutes nos observations peuvent se rapporter à quelques types (Obs. I).

Deux d'entre elles sont plus intéressantes. Dans l'une (Obs. II) la date et la durée du contact infectant ont été précisées. Dans l'autre (Obs. II), on a assisté au virage de la cuti-réaction.

Toutes nos observations sont caractérisées par :

— LA PAUVRETÉ DES SIGNES CLINIQUES : Auscultation et percussion sont presque toujours négatives.

— L'UNIFORMITÉ DE L'IMAGE RADIOLOGIQUE :

— quelques cas seulement d'images en nappe homogène ou de séquelle de scissurite.

— dans la plupart des cas, ombres hilaires et péri-hilaires anormales, unies ou bilatérales, plus ou moins marquées.

— dans aucune observation on ne trouve d'image nette ou exclusive de ganglions juxta-trachéaux permettant de parler d'adénopathie trachéo-bronchique, qui tenait une place importante dans la description classique de la tuberculose infantile.

Ce sont des images régressives ou résolutives de tuberculose ganglio-pulmonaire.

On note dans quelques-unes de nos observations une image pulmonaire normale.

Des 120 enfants à cuti-réaction positive ayant séjourné au Préventorium depuis sa fondation, 106 ont fait l'objet d'une étude plus prolongée et approfondie.

Sur ces 106 enfants :

Dans 58 cas, la cuti-réaction fut pratiquée systématiquement après la constatation, chez un parent ou un proche, d'une tuberculose évolutive.

Dans 3 cas, la cuti-réaction fut faite au cours de l'examen général pratiqué à l'entrée, chez des enfants hospitalisés à l'Hôpital Trousseau : l'un pour

broncho-pneumonie banale, le deuxième pour angine, le troisième pour asthme.

Dans 15 cas, les enfants furent présentés à une consultation hospitalière pour mauvais état général, en particulier pour asthénie et inappétence.

Dans 2 cas, furent constatés des épisodes aigus (spléno-pneumonie) après lesquels la cuti-réaction se montra positive.

Dans 2 cas, un érythème noueux marqua le début de l'affection.

Dans 26 cas, il ne nous fut possible d'avoir aucun renseignement. La cuti-réaction faite même en l'absence de tout antécédent fut démontrée positive.

Le contact infectant fut retrouvé dans 68 cas.

Rappelons que dans 61 cas la cuti-réaction fut faite systématiquement sans que rien dans l'état des enfants n'eût fait songer à la tuberculose.

Si la réaction tuberculinique ne nous a pas renseigné sur l'évolution de la tuberculose, du moins a-t-elle eu le mérite de provoquer un examen complet, clinique et radiologique.

CHAPITRE II

L'ENFANT AU PREVENTORIUM

SON ETAT A L'ENTREE

Sommes-nous en présence d'enfants ayant subi une contamination lente, discrète, et ayant peu réagi, ou y a-t-il eu une phase aiguë avec image de condensation plus ou moins étendue, ayant passé inaperçue et en régression au moment du premier examen ?

Quoi qu'il en soit, les enfants ne nous sont envoyés que lorsque la température est revenue à la normale et l'image radiologique stabilisée. Tout danger de généralisation semble écarté, le pronostic est bon, et l'enfant est en pleine convalescence. Ce triage soigneux ajoute de l'intérêt et de la valeur à nos observations, et en particulier aux résultats de la recherche du Bacille de Koch dans le liquide de lavage gastrique. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Quel est donc l'état général de l'enfant arrivant au Préventorium ? Il est pâle, asthénique, et présente souvent une insuffisance pondérale plus ou moins marquée. Sur 106 enfants, 54 ont un poids insuffisant, quelques-uns étant nettement au-dessous de la normale de leur âge.

On discute la valeur des *signes dits d'imprégnation bacillaire*. Nous les avons rencontrés avec une égale

fréquence chez les enfants à cuti-réaction négative admis au Préventorium :

gracilité des membres, étroitesse du thorax ;
développement du système pileux ;
polyadénopathie ;
adénoïdite ;

et ils ne semblent pas caractériser particulièrement les positifs.

Notons encore, étant donné le milieu social inférieur dans lequel ils se recrutent le plus souvent, la fréquence du rachitisme ou des carences alimentaires.

LA CURE PREVENTORIALE

Le Préventorium, bâti à flanc de coteau, offre au midi sa façade principale sur laquelle s'ouvrent les dortoirs, salles à manger, salles de jeux, terrasses de cures. Il se compose de deux ailes, reliées par un rez-de-chaussée : l'aile Ouest pour le Lazaret et l'infirmerie, l'aile Est pour le Préventorium proprement dit.

Destiné à recevoir à la fois des enfants à cuti-réaction positive et négative, le Préventorium est divisé en deux services rigoureusement séparés, chacun comportant ses services secondaires propres (salle à manger, salle de jeux). Chaque service dispose de trois dortoirs renfermant chacun une quinzaine de lits. Des boxes y sont adjoints, permettant l'isolement immédiat des cas dont la gravité ne justifie pas un transfert à l'infirmerie (angine, rhino-pharyngite).

L'enfant arrivant au Préventorium fait un mois d'isolement en box fermé au Lazaret. Chaque box comporte tout le matériel nécessaire aux soins et à

l'hygiène : baignoire, objets de toilette, etc. Une aération soignée permet à l'enfant de s'habituer à l'air pur constamment renouvelé.

Bien qu'apparemment normal, il est l'objet d'une surveillance attentive. Il jouit d'un repos presque absolu, au lit. Il ne passe debout que quelques heures de la journée, destinées aux repas ou aux jeux et durant lesquelles il ne quitte naturellement pas son box.

A la fin de l'isolement, il passe dans le service destiné à le recevoir, et partage la vie commune.

LA JOURNÉE DE L'ENFANT

Le réveil a lieu à 6 heures. La température est prise et le petit déjeuner servi à l'enfant avant son lever. On procède ensuite à sa toilette après laquelle il fait sa première cure (2 heures environ).

A 10 h. 1/2, le déjeuner est servi et suivi d'une courte promenade.

A 12 heures, l'enfant est couché pour la deuxième cure qui dure jusqu'à 2 h. 1/2. Jusqu'au goûter ont lieu, suivant le temps, promenade ou jeux dirigés.

Goûter à 3 heures.

A 5 heures est faite la toilette du soir. L'enfant est baigné. Puis on le couche et son dîner lui est servi. A 7 heures le calme doit régner dans tous les dortoirs. La température est prise le soir à 9 heures par la veilleuse.

LES CURES DE REPOS sont donc au nombre de deux : une le matin de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2, l'autre l'après-midi, de midi à 2 h. 1/2.

Les enfants sont étendus sur des hamacs, plus ou moins couverts, et orientés différemment, suivant la saison et l'intensité des rayons solaires.

Ces cures se font généralement au grand air ou, si le temps ne le permet pas, dans un solarium largement ouvert. Une petite terrasse attenante au service est réservée aux enfants dont l'état général nécessite une cure plus longue.

LE RÉGIME

Le régime de l'enfant est adapté à son âge et ne présente aucune modalité particulière. Il est équilibré qualitativement et quantitativement.

— Le premier déjeuner, donné le matin, consiste généralement en une bouillie épaisse au lait (crème de riz, crème d'orge).

— Le déjeuner de midi comprend :

Un plat de viande ou de poisson ou un œuf (viande crue deux ou trois fois par semaine), deux plats de légumes (féculents et légumes verts), un fruit, auxquels seront ajoutés, pour les plus grands enfants, un entremets sucré ou du fromage, et un peu de pain.

La boisson est constituée par de l'eau pure.

— Le goûter de 4 heures comporte une bouillie légère ou une tasse de lait, accompagnée d'une tartine de beurre, de confiture ou de miel.

— Le dîner du soir comprend :

Un potage aux légumes écrasés, quelquefois un légume, et une compote ou un entremets.

Des plats spéciaux peuvent être confectionnés par de jeunes stagiaires formées à cet effet, pour des enfants dont l'appétit est plus capricieux ou qui présentent des phénomènes d'intolérance spéciale. Nous attachons une grande importance à la qualité et à la fraîcheur des aliments et à la variété de leur préparation. L'apport de vitamines ainsi assuré est com-

plété, s'il en est besoin, par l'adjonction d'huile de foie de morue et de stérols irradiés.

LES JEUX ET PROMENADES

Dans l'intervalle des heures des cures et des repas, prennent place jeux et promenades. Ceux-ci sont accomplis sous la surveillance de deux jardinières spécialisées dans les méthodes modernes, qui dosent avec soin l'effort physique à imposer à l'enfant, et visent à l'entraîner sans atteindre la fatigue. Car si une certaine activité physique est nécessaire, l'excès peut en être dangereux.

Un essai de vie totale au grand air a été tenté de deux manières différentes :

1° Deux enfants, l'un à cuti-réaction négative, l'autre à cuti-réaction positive, ont dormi durant tout l'hiver 1935-1936 au grand air, par tous les temps. Leur lit était dressé sur une terrasse de cure, la tête seule étant abritée par une toile de tente, les couvertures protégées de la pluie par une toile caoutchoutée.

2° Deux aériums ont été construits dans les bois, à proximité immédiate du Préventorium. Chacun d'eux admirablement organisé, comportait tout le nécessaire à la toilette de l'enfant. Les repas, apportés du Préventorium, pouvaient y être réchauffés. Deux groupes d'enfants : l'un à cuti-réaction positive, l'autre à cuti-réaction négative, comprenant chacun une vingtaine d'enfants, ont vécu là pendant toute la saison d'été 1936, c'est-à-dire de juin à septembre. Ils l'ont admirablement supporté, malgré le temps plutôt défavorable.

Nous n'avons fait que suivre là l'exemple donné par VON PIRQUET à Vienne, mais les résultats nous paraissent intéressants et l'expérience digne d'être reprise sur une plus grande échelle.

SURVEILLANCE DE L'ENFANT

L'enfant est soumis à une surveillance quotidienne.

La TEMPÉRATURE est prise et notée matin et soir.

Des PESÉES ont lieu le 15 et le 30 de chaque mois.

Un EXAMEN RADIOSCOPIQUE est pratiqué tous les deux ou trois mois pour tous les enfants, et naturellement, entre temps, aussi souvent que cela peut nous sembler intéressant ou nécessaire.

Enfin des LAVAGES GASTRIQUES sont pratiqués systématiquement chez tous nos enfants, depuis le début de cette année. La méthode préconisée par MEUNIER (1898) et BERTHERAND, et reprise par M. ARMAND-DE-LILLE, est bien connue. Elle est d'application fort simple, parfaitement supportée par les enfants, et aucune complication n'en a jamais été observée. Le liquide obtenu a été examiné à l'Institut Pasteur, au Laboratoire de la tuberculose.

Nous remercions ici MM. SAENZ, COSTIL et leurs collaborateurs. M. SAENZ a bien voulu s'intéresser à nos recherches. A l'aide de sa technique précise par ensemencement sur milieux de Lœwenstein, modifiés par lui-même, chaque fois que le liquide présentait à l'examen direct des bacilles acido-résistants, un ensemencement a été pratiqué, qui paraissait préférable à l'inoculation au cobaye, par sa simplicité, l'économie de frais et de temps qu'il représente et sa précision. Lorsque, par contre, l'examen direct ne donnait qu'une réponse négative, ensemencement et inoculation au cobaye ont été pratiqués simultanément.

Les résultats obtenus ont déjà fait l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de MM. LESNÉ, SAENZ, LAUNAY, Mlles G. DREYFUS-SÉE et SALEMBIEZ, le 31 janvier 1936.

(Rappelons aussi que MM. LESNE et LANGLE avaient déjà pratiqué en 1925 la recherche du bacille tuberculeux dans le pharynx de nourrissons à cuti-réaction positive et avaient parfois obtenu des résultats positifs. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 9 juin 1925.)

Une première série d'examens nous avait montré 5 résultats positifs sur 40, soit 12 %. Mais de nouveaux lavages ayant été pratiqués à quelques mois d'intervalle chez les enfants ayant présenté du B. K. 3 d'entre eux furent négatifs. Ceci ne nous semble pas une preuve de la guérison des enfants, mais plutôt d'une élimination *intermittente* des B. K., ce qui doit engager à répéter fréquemment les examens.

Si le fait de trouver du B. K. dans le liquide de lavage gastrique chez des enfants atteints de tuberculose de primo-infection cliniquement évolutive n'a rien d'inattendu, il est plus riche de conséquences quand il s'agit d'enfants en convalescence, et soigneusement triés comme le furent nos petits malades, tuberculisés mais non tuberculeux évolutifs. Nos recherches n'ont pas été pratiquées sur une assez grande échelle pour en tirer conclusion. Notre intention n'est pas seulement de faire obligatoirement à tout entrant ayant une cuti-réaction positive, un lavage gastrique, mais de le répéter plusieurs fois au cours de son séjour.

Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt les récentes communications de M. BALANDER, Mme M. W. TRIOUSSE et Mlle A. A. KLÉBANOVA. *Presse Médicale*, 8 août 1936. Qu'il nous soit permis d'en faire état. Le but de ces auteurs était d'élucider la question de la contagiosité de jeunes enfants atteints de tuberculose dite fermée. Le type d'enfants mis à l'étude est en partie celui de nos malades reçus au Préventorium.

« Enfants à cuti-réaction positive sans altérations marquées de l'état général, accusant parfois une tem-

pérature subfébrile, présentant à la radioscopie des infiltrations du hile ou des infiltrations pulmonaires plus ou moins étendues. »

Leur âge correspond aussi à l'âge des nôtres.

Les auteurs trouvent du B. K. dans 54 % des cas. La différence de pourcentage tient peut-être au fait que nos enfants ont été plus soigneusement triés, qu'ils sont à une période régressive de leur évolution, en pleine convalescence. Un fait découle de nos recherches et de celles que nous citons : les enfants atteints de tuberculose dite fermée ont des B. K. dans la bouche puisqu'on en décèle dans le liquide gastrique, au moins par intermittence.

Les auteurs sont allés plus loin. Le fait ne justifiant pas à leurs yeux la défense catégorique de laisser résider le malade dans un établissement infantile, ils ont cherché si le B. K. passe dans le milieu ambiant.

Leur étude porte sur 23 enfants divisés en deux groupes : dans l'un, des enfants toussant de temps en temps ; dans l'autre, des enfants ne toussant jamais. Les épreuves suivantes furent réalisées :

1° Les oreillers sur lesquels dormaient les enfants furent couverts de taies de gaze hydrophile stérilisée. Des rideaux de même gaze furent suspendus en travers du lit à 30 cm. du chevet.

Taies et rideaux étaient changés tous les cinq jours.

2° Quatre jours de suite on mit aux enfants, pendant les jeux, des masques de gaze. Après usage, ces masques étaient conservés humides dans des vases stériles.

3° Les jouets communs, la vaisselle dont se servaient les enfants, les lits en fer furent essuyés avec des tampons d'ouate stérilisée imbibés de sérum physiologique également stérile.

Deux lots furent faits suivant que le matériel pro-

venait d'enfants touseurs ou non touseurs, et examinés bactériologiquement, après macération dans une petite quantité de sérum physiologique et trituration dans un mortier. Une partie de l'émulsion obtenue fut utilisée pour l'inoculation, l'autre centrifugée etensemencée.

Ces expériences mirent hors de doute la présence du bacille de Koch sur la vaiselle, les rideaux et les taies d'oreiller des enfants des deux groupes, qu'il s'agisse de touseurs ou de non touseurs.

Ainsi ces enfants émettent des bacilles de Koch dans le milieu ambiant, et peuvent propager l'infection. Les risques de contagion sont extrêmement faibles et peuvent même être considérés comme pratiquement inexistants pour des enfants sains et normaux. Il est peut-être possible que certaines allergies s'établissent sans manifestations cliniques et radiologiques par le seul contact de ces enfants.

Il n'en va pas de même avec des enfants fragiles, hypotrophiques ou convalescents de maladies graves, pour lesquels il peut y avoir danger. D'où la nécessité d'une séparation rigoureuse entre positifs et négatifs vivant sous le même toit. Cette notion n'est pas encore assez répandue et nous insistons sur le danger que peuvent présenter les préventoria non surveillés médicalement, véritables garderies admettant sans distinction toutes catégories d'enfants (cuti-réaction positive ou négative).

LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT AU PREVENTORIUM

Nous avons décrit la cure et la surveillance auxquelles sont soumis les enfants à cuti-réaction positive. Ils sont rigoureusement séparés des enfants à

cuti-réaction négative mais vivent cependant la même vie et suivent le même régime. Il nous a paru intéressant de comparer leur comportement respectif et de chercher quelle différence existe entre l'enfant n'ayant pas subi d'imprégnation bacillaire et l'enfant allergique ne présentant pas de lésions graves et dont la convalescence évolue normalement.

AU DÉBUT DE SON SÉJOUR, l'enfant à cuti-réaction positive présente les caractéristiques suivantes :

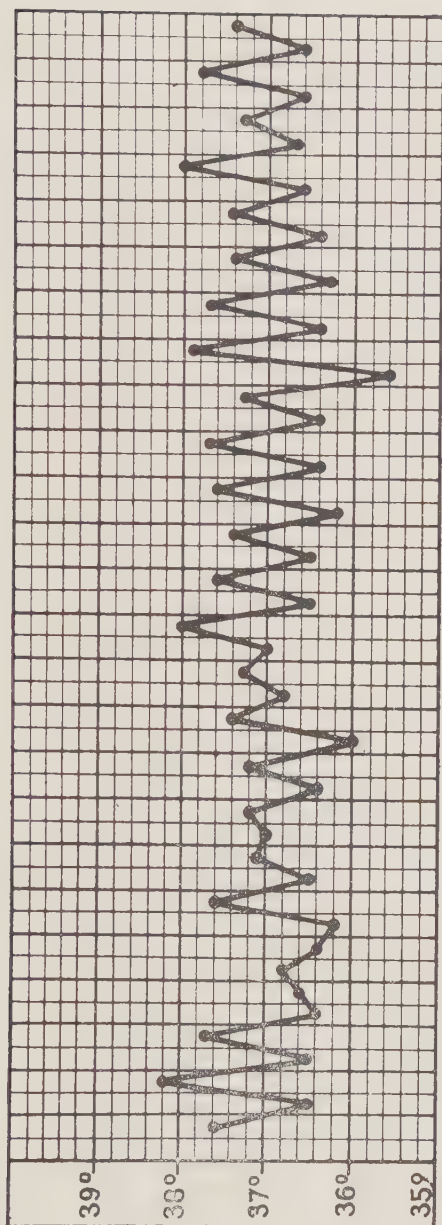
1° SON INSTABILITÉ THERMIQUE surtout sensible au cours du premier mois. Malgré le repos absolu et le calme ambiant, l'enfant présente souvent une courbe de température à oscillations irrégulières, absolument atypiques, mais ne dépassant pas souvent 38° (Obs. IV, Obs. V).

Cette instabilité persiste longtemps, mais ses caractères changent. La courbe est moins désordonnée, on note de brusques poussées de température isolées, atteignant parfois 39° et même 40°, sans que l'examen décèle, pendant ou après cette poussée, aucun signe clinique ou radiologique auquel il soit possible de la rattacher (Obs. VI, VII, VIII).

Les températures étant prises tous les jours, à la même heure et avec les précautions d'usage, toutes causes d'erreurs semblent devoir être écartées.

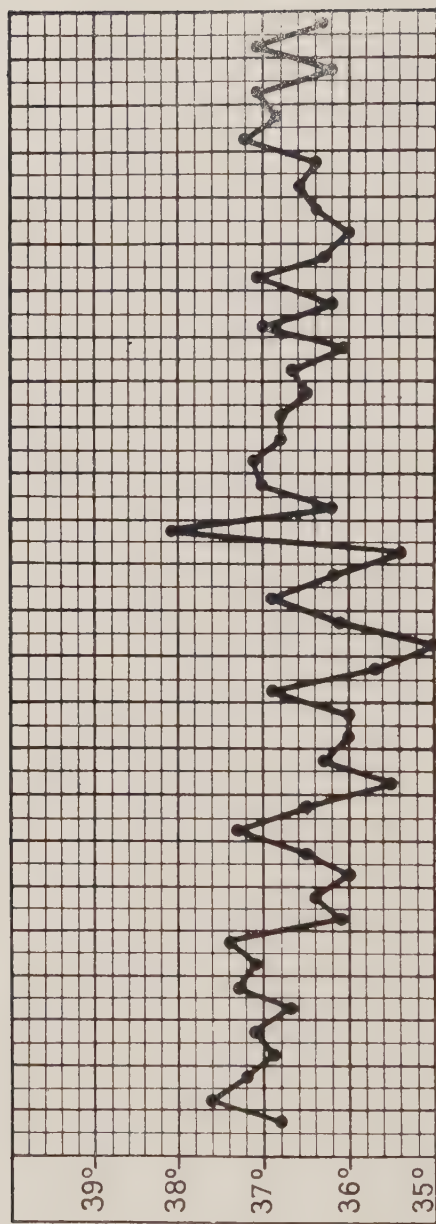
2° SON INSTABILITÉ PONDÉRALE : Après une rapide augmentation de poids au Lazaret, augmentation un peu artificielle, étant donné le manque de dépense physique, le positif a en général beaucoup de peine à maintenir un accroissement pondéral régulier (Obs. IX).

Il est à la merci du moindre incident pathologique



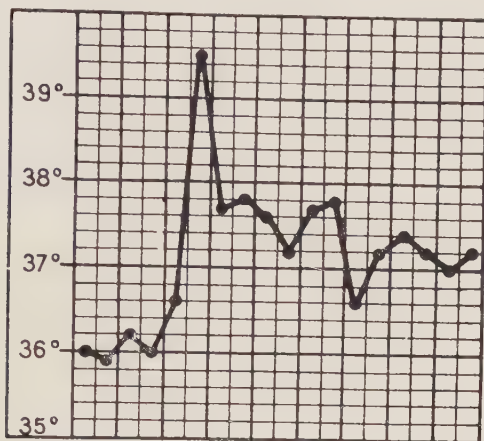
Obs. IV. — Meu... Christian. Premier mois de séjour.

Température à grandes oscillations irrégulières, chez un enfant en apparence bien portant, ne présentant aucune manifestation pathologique.

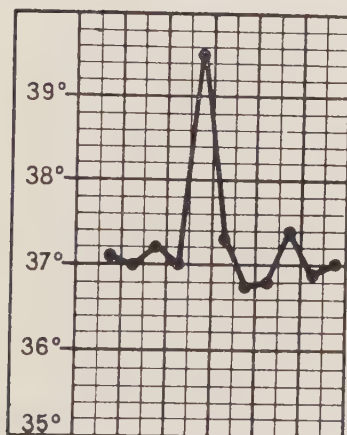


OBS. V. — Scr... Valérie. Premier mois de séjour.
Instabilité thermique sans cause appréciable.

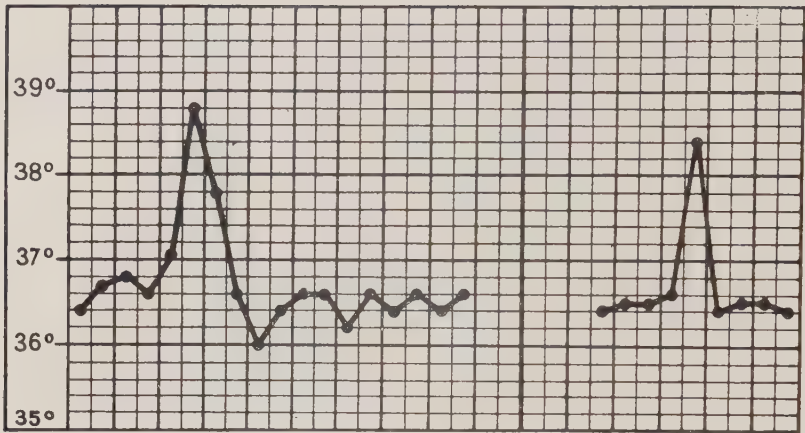
QUELQUES EXEMPLES DE POUSSÉES THERMIQUES ISOLÉES
NE POUVANT ÊTRE EXPLIQUÉES PAR AUCUN SIGNE CLINIQUE
OU RADIOLOGIQUE (Obs. VI, VII, VIII).



Obs. VI. — Del... Georges.
Septième mois de séjour.

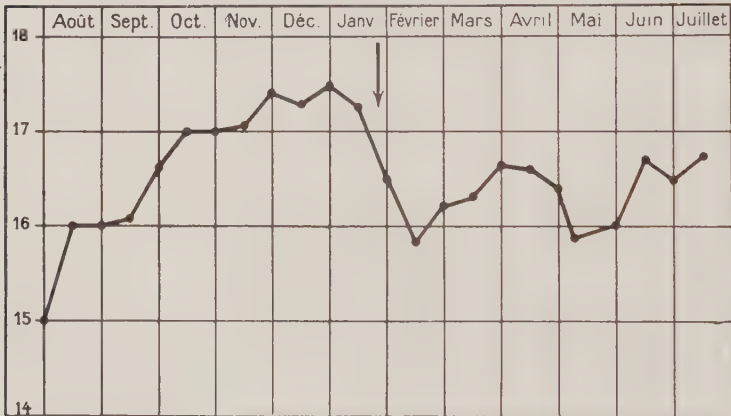


Obs. VII. — Pil... Monique.
Quatrième mois de séjour.

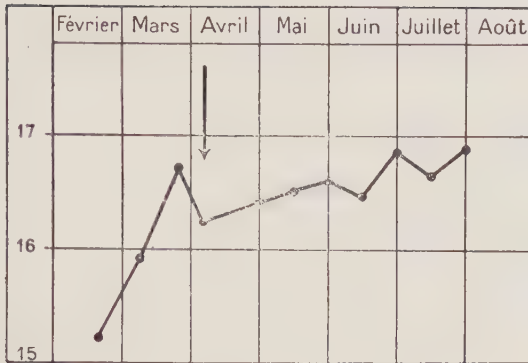


Obs. VIII. — Jar... André. Troisième et cinquième mois de séjour.

qui entraîne un amaigrissement rapide et disproportionné à la cause. Il est ensuite long à rattraper cette perte (Obs. X, Obs. XI).



Obs. X. — Kan... Jenny. Chute de poids très marquée, au sixième mois de son séjour, après une poussée ganglionnaire cervicale bilatérale. Non encore récupérée au départ de l'enfant.



OBS. XI. — Del... Gérard.
Chute de poids
après une angine banale.

On note aussi parfois des pertes de poids, moins importantes mais répétées, qui se produisent alors que l'enfant présente un appétit normal, qu'il dort bien, et que, joyeux, il semblerait au contraire s'améliorer.

3° LES TROUBLES DIGESTIFS : Le plus constant est *l'inappétence*, pouvant aller jusqu'à l'anorexie. Tenace elle ne cède ni aux traitements symptomatiques, ni au traitement général. Le repos seul en triomphe parfois (cures plus longues, suppression des promenades ou même repos absolu au lit). Elle est d'autant plus difficile à combattre que les enfants qu'on essaye de forcer s'habituent rapidement alors à vomir, Les vomissements faciles, en jet, se produisant à la fin du repas, et ne s'accompagnant d'aucun malaise.

On note aussi de *l'inégalité du transit intestinal* : des phases de constipation, qui semblent d'ailleurs plus fréquentes, alternent avec des phases de diarrhée : selles liquides, mal digérées, fétides et souvent décolorées. Ces troubles semblent parfois en

rapport avec un léger degré d'insuffisance hépatique et cèdent rapidement à l'administration de cholagogues.

4° LA TENDANCE AUX INFECTIONS : Les manifestations oculaires sont les plus fréquentes. Mis à part quelques cas de kératites phlycténulaires, stigmatite de tuberculose, qui peuvent apparaître longtemps après le début de la primo-infection, on note des conjonctivites et des blépharites fréquentes.

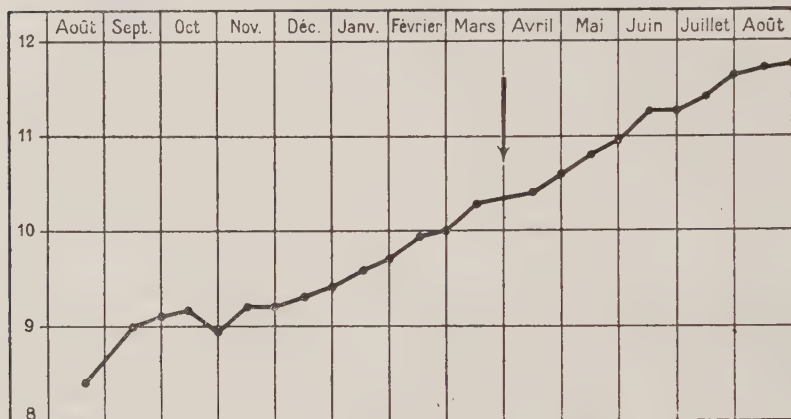
Quelques enfants, porteurs de végétations adénoïdes, présentent des otites uni ou bilatérales, dont l'écoulement est minime, mais intarissable, et qu'on hésite cependant à opérer en raison de leur état général défectueux.

COMPARAISON AVEC L'ENFANT A CUTI-REACTION NEGATIVE

1° LA TEMPÉRATURE : Nous avons étudié comparativement les courbes de température des enfants à cuti-réaction positive et négative en prenant parmi ceux-ci, d'une part les enfants normaux simplement affaiblis par une maladie aiguë (broncho-pneumonie, mastoïdite le plus souvent), d'autre part les enfants rachitiques ou carencés alimentaires. Il arrive de trouver chez ces enfants une courbe de température irrégulière, atteignant 38° le soir, mais elle est alors toujours expliquée par une affection chronique : le plus souvent rhino-pharyngite ou otite chez des adénoïdiens. Chez le positif, au contraire, cette instabilité thermique apparaît comme un symptôme isolé, sans cause appréciable.

Par contre on n'observe jamais chez l'enfant à cuti-réaction négative, la brusque poussée thermique sans

ries (sauf naturellement les kératites phlycténulaires). Elle semble devoir être rattachée à la déficience de l'état général, quelle qu'en soit la cause et qu'il s'agisse de bacillaires ou d'hypotrophiques rachitiques ou carencés.



OBS. XIII. — Pri... Jacqueline. Cuti-réaction négative. Courbe de poids régulièrement ascendante malgré une éruption dentaire avec bronchite et troubles digestifs ayant provoqué pendant un mois une température oscillant entre 38° et 39°. (Clichés).

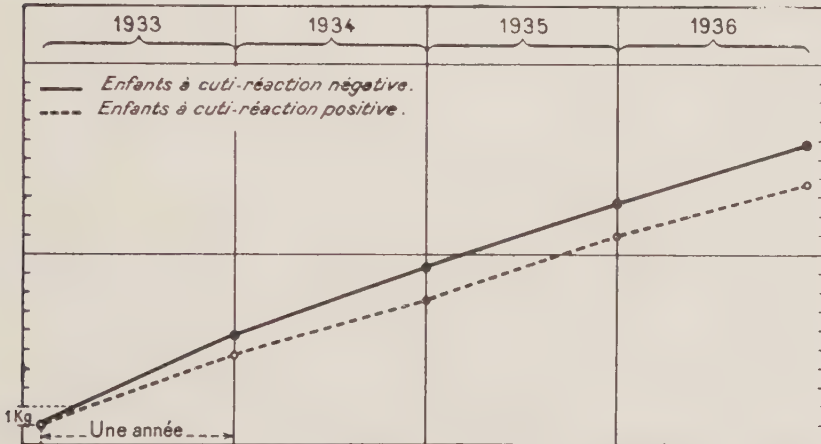
Mais ce qui différencie positifs et négatifs, ainsi que nous l'avons déjà signalé en étudiant les courbes de poids, c'est le retentissement des infections sur l'état général. Alors que angines, bronchites, voire même des affections plus graves, ne provoquent chez les négatifs aucune chute de poids ou une perte minime et très rapidement rattrapée, la courbe de poids du positif marquera dans des circonstances analogues, un fléchissement disproportionné à sa cause et très long à compenser.

Nous avons établi la courbe comparative de l'accroissement pondéral moyen des enfants positifs et négatifs ayant séjourné au Préventorium depuis sa

fondation, soit depuis 1933. Nous avons laissé de côté les enfants résidant encore actuellement au Préventorium. Notre étude a donc porté sur 200 enfants dont 100 à cuti-réaction négative et 100 à cuti-réaction positive. La durée moyenne de leur séjour était de 6 mois. L'accroissement pondéral a été calculé pour une journée de séjour, puis ramené au mois et à l'année. L'accroissement annuel moyen a été de 3.550 grammes pour les négatifs et 3.100 grammes pour les positifs.

Dans l'ensemble, les deux courbes présentent un parallélisme presque parfait, la courbe des négatifs étant la plus élevée.

Notons la différence relativement faible entre le gain annuel moyen des négatifs et des positifs, qui nous semble prouver en faveur de la cure préventoriale, étant données la fragilité et l'instabilité du positif.



Courbe comparative de l'accroissement pondéral moyen des enfants à cuti-réaction positive et négative.

De cette étude comparative entre positifs et négatifs, nous pouvons conclure que les enfants à cuti-

réaction positive, malgré la bénignité de leur atteinte, dont le pronostic est excellent, nous apparaissent comme profondément touchés dans leur état général et justiciables de soins prolongés.

LES TRAITEMENTS MIS EN ŒUVRE AU PREVENTORIUM

Nous avons décrit la technique de la cure pratiquée au Préventorium. Sa stricte observance constitue la partie essentielle du traitement, des reconstituants ou des stimulants lui étant adjoints quand le besoin s'en fait sentir.

Nous avons obtenu de bons résultats en soumettant à une cure de rayons ultra-violets quelques-uns de nos enfants, scrofuleux infectés présentant coryza chronique ou otite, mais dont le nettoyage radiologique s'effectuait normalement.

Nous n'avons institué aucun autre traitement spécial.

RESULTATS OBTENUS

Les troubles qui cèdent en premier lieu sont les troubles digestifs et surtout l'INAPPÉTENCE. Au bout de 2 à 3 mois de séjour l'appétit devient normal et égal.

Puis la COURBE DE POIDS affecte une allure progressivement croissante. Mais ce n'est parfois seulement qu'au cinquième ou sixième mois que se produit cette stabilisation. Encore n'est-il pas rare de noter après ce temps de séjour un de ces fléchissements brusques en rapport avec une infection banale, dont nous avons déjà parlé (Obs. X).

Il en est de même de la TEMPÉRATURE. Si la courbe perd rapidement l'allure désordonnée et capricieuse qu'elle avait au début (Obs. IV et V) on observe encore au cinquième et même au septième mois des poussées thermiques isolées (Obs. VI et VII).

La disparition des OMBRES HILAIRES ANORMALES se fait au bout d'un temps plus ou moins long suivant leur intensité à l'entrée, en moyenne au bout de six mois. Mais il est à noter que les troubles de l'état général persistent toujours au delà de cette disparition.

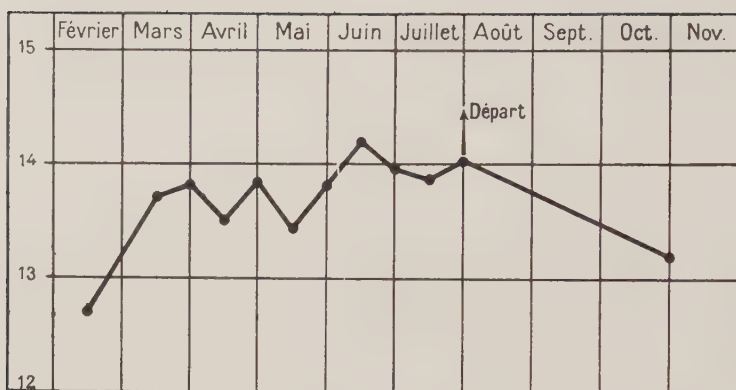
Ce fait nous amène à envisager la nécessité de séjours prolongés. Les enfants nous sont trop fréquemment retirés au bout d'un temps trop court (6 mois, voire même 3 mois), soit que les parents s'impatientent et se refusent à considérer leurs enfants comme des malades ayant besoin d'une surveillance continue, soit, et le cas est le plus fréquent, qu'ils ne puissent continuer à couvrir les frais de séjour que les assurances sociales ne prennent malheureusement en charge que pour six mois.

Nous avons revu après leur sortie du Préventorium quelques-uns des enfants que nous y avons suivis. Nos observations nous semblent concluantes.

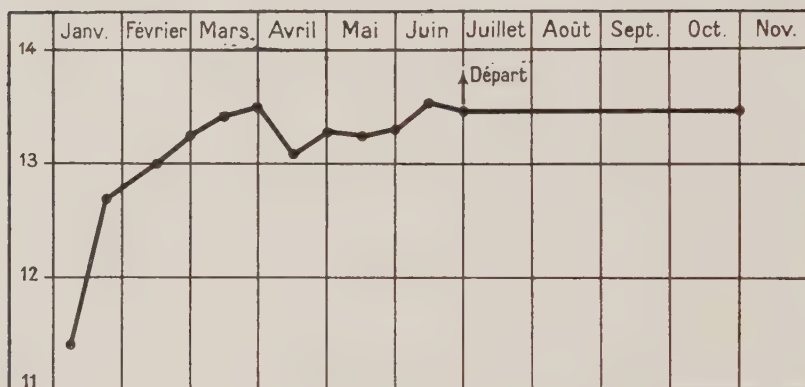
APRES LA SORTIE DU PREVENTORIUM

La *courbe de poids* nous paraît le meilleur témoin de l'évolution de l'état de l'enfant.

Les enfants ayant séjourné au Préventorium six mois ou moins de six mois gardent, une fois rentrés à la maison, un état général, amélioré certes, mais non encore absolument satisfaisant. La plupart présentent un poids stationnaire (Obs. IX et XIV). Il sera intéressant de suivre leur comportement ultérieur.

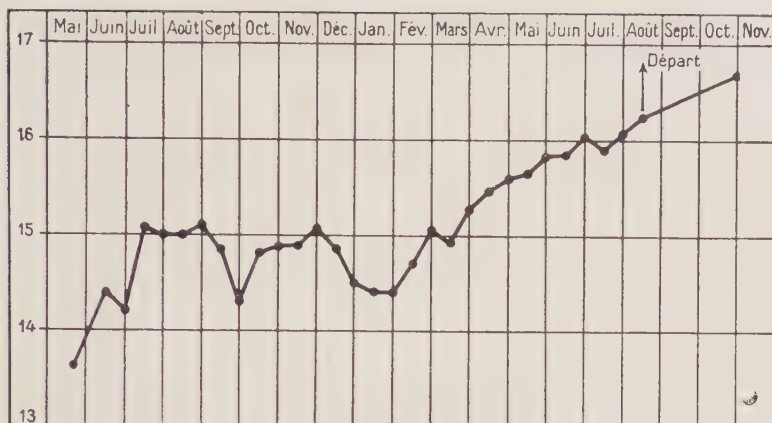


OBS. IX. — Etc... Jacqueline. Séjour de 6 mois. Aucun incident pathologique n'explique la chute de poids survenue après le départ.

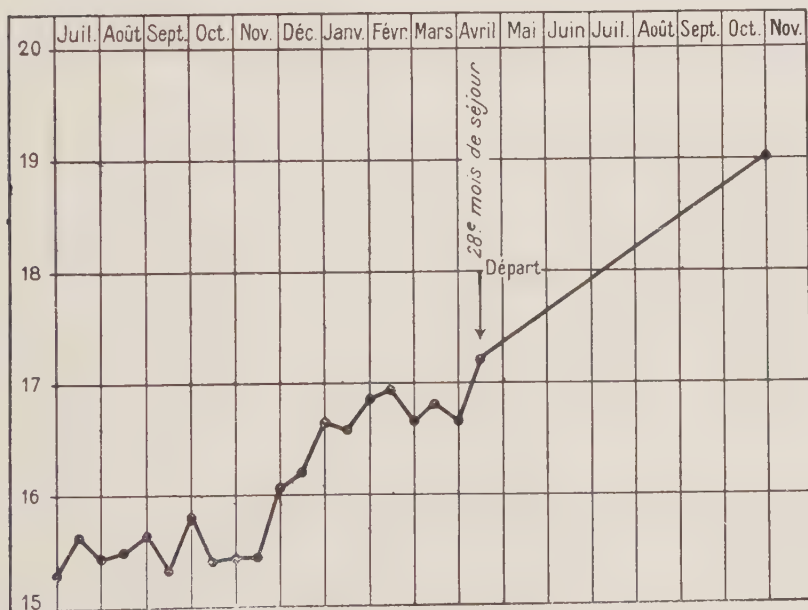


OBS. XIV. — Fra... Lucienne. Séjour de 6 mois.
Poids stationnaire depuis la sortie du Préventorium.

Par contre, ceux de nos petits malades ayant fait une cure plus longue (un an, parfois davantage) présentent un excellent état général et une courbe de poids régulièrement croissante. Ils semblent être re-devenus absolument normaux (Obs. XV et XVI).



Obs. XV. — Pil... Monique. Séjour de 16 mois. Courbe de poids stationnaire pendant 9 mois, puis régulièrement croissante, l'accroissement se poursuivant après la sortie du Préventorium.



Obs. XVI. — Rig... Michel. Séjour de 28 mois. Poids longtemps stationnaire (12 mois). Puis courbe régulièrement croissante.

CHAPITRE III

INTERET DE LA CURE PREVENTORIALE

Quel est donc l'intérêt de cette cure préventoriale que l'on pourrait juger superflue, étant donné le pronostic habituellement bon des formes de tuberculose de primo-infection ? Il est double :

1° UN INTERET IMMEDIAT

L'enfant en pleine période de croissance ne peut se permettre un arrêt prolongé, causé par la lutte contre l'infection. Si on le laisse dans son milieu et dans ses conditions de vie habituelles, il guérira peut-être de cette primo-infection tuberculeuse, mais restera le plus souvent un hypotrophique. Si au contraire il est aidé par un séjour d'une durée suffisante au Préventorium, non seulement il poursuivra normalement sa croissance, mais encore il acquerra une résistance qui lui permettra de mieux se défendre contre les infections possibles.

2° UN INTERET PROPHYLACTIQUE

Nous ne reviendrons pas sur le fait que ces enfants peuvent, par intermittence, éliminer des bacilles de

Koch dans le milieu ambiant, et sur la nécessité de les séparer des enfants hypotrophiques à cuti-réaction négative, en préventoria surveillés.

Le Préventorium évite les surinfections. On a noté, lors du dernier Congrès de Médecine, une diminution du nombre des méningites tuberculeuses des jeunes enfants au cours de ces dernières années. Peut-être peut-on voir là le résultat d'une hygiène plus stricte et d'une surveillance plus attentive des enfants pendant leur convalescence de primo-infection. On ne retrouve souvent à l'interrogatoire rétrospectif chez des enfants morts de méningite tuberculeuse, que les petits signes que nous avons observés chez nos positifs.

Donc la cure préventoriale est nécessaire et elle donne d'excellents résultats si elle est suffisamment prolongée. Il serait intéressant de réadapter lentement l'enfant à la vie normale avant son départ du Préventorium pour éviter un changement de vie trop brusque. Ceci se montre pratiquement difficile à réaliser. Nous essayons d'obtenir le même effet en conseillant la continuation des cures à la maison, les parents étant munis de recommandations précises. Les enfants sont en général suivis régulièrement après leur départ, de façon à prévoir de nouvelles cures s'il en est besoin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Des... Paul. Né le 16 juillet 1932 à terme. Pesait à la naissance 4 kgs 320. Allaitement maternel pendant 8 mois. Première dent à 7 mois, premier pas à 1 an.

On ne relève dans les antécédents personnels qu'une bronchite en 1933.

Enfant unique. Le père est bien portant, la mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

La cuti-réaction est faite en avril 1935, à l'Hôpital Beaujon, parce que la mère y était suivie. Elle se montre très fortement positive.

L'examen radiologique montre des ombres hilaires anormales surtout marquées à droite.

L'enfant entre au Préventorium le 15 décembre 1935.

OBSERVATION II

Bou... Robert. Né le 11 juillet 1932. Allaitement artificiel. Première dent à 7 mois 1/2. Premiers pas à 16 mois.

L'enfant entre au Préventorium le 1^{er} septembre 1933 pour rachitisme. La cuti-réaction étant alors négative. Il sort le 1^{er} novembre.

Il est depuis en contact fréquent avec une petite cousine qui meurt de granulie en février 1936. La cuti-réaction pratiquée après cette mort se montre fortement positive. L'enfant entre au Préventorium le 23 juin 1936. Il présente à la radiographie de légères ombres hilaires anormales.

OBSERVATION III

Cha... Madeleine. Née le 18 octobre 1932, à terme, pesait à la naissance 3.000 gr. Allaitement maternel pendant 3 mois.

Le père est bien portant. La mère atteinte de tuberculose pulmonaire a fait plusieurs séjours en sanatorium depuis 1925. L'enfant a été élevée par elle. La cuti-réaction, faite à plusieurs reprises, se montre encore négative au moment de l'entrée au Préventorium, le 17 juillet 1934. Pratiquée systématiquement au cours du séjour, elle se montre positive en novembre 1934.

La radiographie montre des ombres hilaires droites anormales.

OBSERVATION IV

Meu... Christian. Né le 10 novembre 1932, à terme, pesait 2.500 gr. Première dent à 7 mois, premiers pas à 9 mois.

Parents bien portants, une sœur, 2 ans, dont la cuti-réaction est positive. Un oncle tuberculeux, soigné en sanatorium et ayant eu de fréquents contacts avec les enfants. Cuti-réaction positive en janvier 1936.

La radiographie montre des ombres hilaires anormales.

L'enfant entre au Préventorium le 12 juin 1936.

Voir sa courbe de température pendant le premier mois de séjour.

OBSERVATION V

Scr... Valérie. Née le 15 août 1931 à terme, pesait à la naissance 4.150 gr. Allaitement maternel. Première dent à 6 mois, premiers pas à 1 an. On relève dans les antécédents la varicelle et la coqueluche. Les parents sont bien portants. Une tante morte de tuberculose pul-

monaire a eu de rares contacts avec l'enfant. Celle-ci est présentée à la consultation de Trousseau en juin 1935 pour fatigue légère et toux rebelle observée depuis sa coqueluche.

Elle entre au Préventorium le 8 août 1935.

La radiographie montre des ombres hilaires anormales à droite.

Voir la courbe de température du premier mois de séjour.

OBSERVATION VI

Del... Georges. Né le 23 mai 1932, à terme. Pesait 4.000 gr. Nourri au lait de vache. Première dent à 4 mois 1/2. Premiers pas à 13 mois. Présente la coqueluche en 1934. Les parents sont bien portants ainsi que quatre autres enfants.

L'enfant consulte à l'Hôpital Hérold pour pâleur et asthénie, en avril 1935. La cuti-réaction est positive. Le contact infectant n'a pas été retrouvé.

L'enfant entre au Préventorium le 4 août 1935. Il présente à la radiographie de légères ombres hilaires anormales bilatérales.

On note, au cours de son séjour, de nombreuses poussées thermiques isolées, dont l'une, typique, s'est produite au cours du septième mois.

OBSERVATION VII

Jar... André, né le 16 juillet 1932, à terme, pesait 4.320 gr. Nourri au sein pendant 8 mois, première dent à 7 mois, premiers pas à 1 an.

Le père est bien portant, la mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

La cuti-réaction faite en avril 1935, à cause de l'état de la mère, est fortement positive.

On note à la radiographie une accentuation des ombres hilaires, surtout marquée à droite.

L'enfant entre au Préventorium le 15 décembre 1935. Deux poussées thermiques isolées survenues l'une au troisième, l'autre au cinquième mois de séjour.

OBSERVATION VIII

Pil... Monique, née le 24 août 1931 à terme, pesait 3.500 gr. Allaitement artificiel. Première dent à 6 mois, premiers pas à 1 an.

Maladies antérieures : bronchites fréquentes, coqueluche en novembre 1934.

Les parents sont bien portants.

La cuti-réaction faite en novembre 1934 à l'occasion d'un examen général, à l'Hôpital des Enfants-Malades, se montre positive. L'enfant aurait eu de fréquents contacts avec un ami de son père mort plus tard de tuberculose pulmonaire. Elle entre au Préventorium le 26 mai 1935. Elle présente, à la radiographie, une réaction périhilaire, surtout marquée à droite.

Une poussée thermique observée au cours du quatrième mois de séjour.

OBSERVATION IX

Etc... Jacqueline, née le 1^{er} novembre 1932, pesait 3.250 gr. Nourrie au sein pendant deux mois. Premiers pas à 13 mois. Présente des crises d'asthme depuis l'âge de 8 mois.

Les parents sont bien portants.

La cuti-réaction a été faite en janvier 1936, alors que l'enfant consultait pour asthme. La radio montre une légère ombre périhilaire gauche.

L'enfant entre au Préventorium le 16 février 1936, elle en sort le 15 août 1936. On note à la sortie une atténuation très nette de l'ombre hilaire gauche qui est presque normale. L'enfant n'a présenté, au cours de son séjour, aucune manifestation pathologique, sauf une

crise d'asthme, très atténuée le 26 mars. Cependant la courbe de poids, malgré cet état général satisfaisant, est restée stationnaire de mars à juillet. En octobre, l'enfant semble se bien porter, elle a un appétit normal ; elle a cependant maigri. La cure de six mois semble avoir été nettement insuffisante.

OBSERVATION X

Kan... Jenny, née le 25 novembre 1931, à terme, pesait 3.100 gr., allaitement maternel.

Maladies antérieures : rougeole, otite.

Les parents sont bien portants. L'enfant présente en février 1935 un érythème noueux après lequel la cuti-réaction est positive. Elle entre au Préventorium le 28 juillet 1935. Elle présente à la radiographie de légères ombres hilaires bilatérales qui régressent rapidement : l'image pulmonaire est normale en novembre 1935.

La courbe de poids se montre d'abord excellente et progressivement croissante de juillet 1935 à janvier 1936. Du 25 janvier au 1^{er} février, l'enfant présente une poussée ganglionnaire cervicale bilatérale. La température oscille autour de 39°. A la suite de cet incident on note une chute de poids très marquée que l'enfant à son départ n'a pas encore rattrapée. Elle sort du Préventorium le 15 juillet 1936, en très bon état général. Nous l'avons revue à la fin d'octobre, elle pèse 18 kgs (soit 1.200 gr. de plus qu'à la sortie.

OBSERVATION XI

Del... Gérard, né à terme le 10 juillet 1932. Allaitement artificiel. Première dent à 7 mois, premiers pas à 11 mois.

On relève dans les antécédents : rougeole, coqueluche et une pneumonie soignée à l'Hôpital des Enfants-Malades en janvier 1936. La cuti-réaction a été faite pen-

dant le séjour à l'hôpital. Les parents sont bien portants, le contact infectant n'a pas été retrouvé.

L'enfant entre au Préventorium le 18 février 1936. Il présente à la radiographie une réaction hilairé légère.

On note au cours de son séjour, de février à août 1936, un seul incident : une angine banale survenue en avril, et qui provoque une chute de poids peu importante, mais longue à rattraper.

OBSERVATION XII

Fou... Bernard. Cuti-réaction : 0.

Né à terme le 5 mai 1933, pesait 3.750 gr. Allaitement maternel. Entre au Préventorium le 12 janvier 1936 pour rachitisme et sous-alimentation.

Présente en mars 1936 un foyer de congestion pulmonaire. Température oscillant pendant 8 jours entre 39° et 40°. On note une perte de poids insignifiante (100 gr.) et immédiatement rattrapée.

OBSERVATION XIII

Pri... Jacqueline. Cuti-réaction : 0.

Née à terme le 9 août 1934, pesait 2.650 gr. Allaitement artificiel.

Entre au Préventorium le 25 août 1935 pour rachitisme et hypotrophie.

Présente, du 13 mars au 11 avril, une température oscillant entre 38° et 39°, en rapport avec des éruptions dentaires s'accompagnant de rhino-pharyngite, bronchite et troubles digestifs. La courbe de poids n'a cependant pas cessé de croître régulièrement.

OBSERVATION XIV

Fra... Lucienne, née le 1^{er} avril 1932 à terme, pesait 3 kgs. Allaitement artificiel. Maladie antérieure : en

1935 coqueluche, après laquelle l'enfant reste fatiguée. On fait une cuti en décembre 1935 à cause de l'état général déficient. L'enfant entre au Préventorium le 5 janvier 1936, présentant à la radiographie de légères ombres périhilaires.

On ne note au cours du séjour aucun fait particulier sinon une inappétence rebelle.

L'enfant quitte le Préventorium le 5 juillet 1936 après un séjour de 6 mois. Son image pulmonaire est presque normale.

La courbe de poids, d'abord régulièrement ascendante, reste stationnaire de février à juillet. L'enfant revue fin octobre a gardé son poids de départ.

Ici encore, le séjour semble avoir été insuffisant.

OBSERVATION XV

Pil... Monique. Cette petite malade a déjà été présentée (Obs. VIII). Elle a fait au Préventorium un séjour de 16 mois.

Sa courbe de poids est intéressante : après une longue phase stationnaire (10 mois), l'enfant semble avoir triomphé de ses malaises, et son poids augmente régulièrement, cet accroissement se poursuivant après la sortie du Préventorium.

OBSERVATION XVI

Rig... Michel. Né le 13 août 1931. En nourrice jusqu'à 7 mois. Première dent à 7 mois. Premiers pas à 22 mois.

La cuti-réaction a été faite en octobre 1933, après la mort du père, atteint de tuberculose pulmonaire. L'enfant entre au Préventorium le 17 novembre 1933. Il est rachitique et hypotrophique, pèse 10 kgs 900 et présente à la radiographie une opacité de l'espace inter-cléido-hilaire gauche.

Il sort le 20 mars 1936 après un séjour de 28 mois. Nous n'avons pu reproduire sa courbe de poids en entier. On notait au début, de décembre 1933 à décembre

1934, une longue phase stationnaire, le poids oscillant autour de 13 kgs, le poids croît ensuite régulièrement, durant la fin du séjour et après. L'enfant pesait à la fin d'octobre 19 kgs.

Il présentait, lors de sa sortie du Préventorium, un excellent état général et une image pulmonaire normale.

CONCLUSIONS

I. — Les enfants de 2 à 4 ans, en période régressive de leur primo-infection, sont pendant longtemps en état d'instabilité organique. Ils présentent une instabilité thermique et pondérale caractéristiques, une sensibilité particulière aux infections et nous apparaissent comme présentant une résistance diminuée envers les infections : en dehors du milieu préventoriel, ces enfants sont souvent emportés non pas tant par la tuberculose que par des maladies infectieuses.

II. — L'examen bactériologique du liquide de lavage gastrique prouve que quelques-uns de ces enfants, en période de régression de l'infection tuberculeuse, éliminent par intermittence des bacilles de Koch dans le milieu ambiant. Il est donc nécessaire de les séparer des enfants hypotrophiques à cuti-réaction négative vivant sous le même toit, et aussi des enfants franchement bacillifères auxquels convient la cure sanatoriale, et qui seraient pour eux un danger de réinfection.

III. — La cure préventoriale bien conduite et médicalement surveillée donne de très bons résultats : disparition des ombres hilaires anormales, stabilisation de la courbe de poids et de température, et grosse amélioration de l'état général, à la condition toutefois d'être suffisamment prolongée. Un an de séjour au Préventorium nous semble un minimum nécessaire.

IV. — La cure préventoriale surveillée présente un intérêt double :

a) *Intérêt immédiat* : elle aide l'enfant à soutenir l'effort contre la maladie tout en poursuivant normalement sa croissance. Il est à noter qu'aucun des enfants reçus à Saint-Georges-Motel n'est mort de tuberculose évolutive ou de méningite tuberculeuse. Elle écarte les maladies infectieuses.

b) *Intérêt prophylactique* : elle accroît la résistance de l'enfant envers les réinfections tuberculeuses toujours à redouter ultérieurement. Elle joue un rôle important dans l'armement antituberculeux et contribue très probablement à la diminution du nombre de méningites tuberculeuses des jeunes enfants, constatée au cours de ces dernières années et signalée lors du dernier Congrès de Médecine.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
DEBRÉ

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ARMAND-DELILLE. — Les principaux aspects cliniques de la tuberculose infantile (Masson, 1929).

— La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent (Legrand, 1933).

— Tuberculose infantile. Recherche du bacille de Koch dans l'estomac (*Bulletin Médical*, 1^{er} mai 1936).

ARMAND-DELILLE, KERAMBRUN. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire par la recherche du bacille de Koch dans l'estomac (*La Médecine*, mai 1936, n° 7).

BALANDER (A. J.), Mme M. W. TRIOUSSE, Mlle A. A. KLĚBANOWA. — De la contagiosité des formes dites fermées de la tuberculose chez les enfants du premier âge (*Presse Médicale*, 8 août 1936).

BALSTER. — L'influence de l'infection tuberculeuse sur la croissance de l'enfant. (*Zeit. f. Tuberk.*, février 1925).

COMBY (J.). — Curabilité de la tuberculose infantile (*Société Médicale des Hôpitaux*, 9 décembre 1932).

— Un préventorium modèle pour enfants (*Archives Médicales des Enfants*, novembre 1936).

COSTIL (L.). — Le diagnostic bactériologique de la tuberculose (*Thèse Paris*, 1935).

DEBRÉ (R.). — Séance de l'Académie de Médecine du 11 février 1936.

DEBRÉ (R.), PÉTOT. — Premières manifestations de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} novembre 1932).

- DEBRÉ, SAENZ, BROCA, COSTIL. — Intérêt de la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique pour le diagnostic précoce du début de la tuberculose chez l'enfant (*Société Médicale des Hôpitaux*, 31 janvier 1936).
- DUFOURT. — Les formes florides de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfance (*Hôpital*, janvier 1927).
- Primo-infection et réinfection tuberculeuse chez l'enfant (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1931).
- LAUTIER. — La réaction périfocale dans la tuberculose infantile (*Revue Française de Pédiatrie*, 1931, n° 1).
- LEBENTHAL. — La tuberculose du premier âge (*Thèse Paris*, 1929).
- BERNARD (Léon), DEBRÉ. — Modes d'infection et de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge.
- BERNARD (Léon). — Société d'études scientifiques sur la tuberculose, 14 mai 1936.
- LESNÉ (E.). — Le Préventorium Consuelo-Balsan à Saint-Georges-Motel (Eure) pour enfants de 1 à 4 ans (*L'Ass. Méd.*, n° 5, mai 1935 ; *Paris Médical*, n° 1, 5 janvier 1935).
- LESNÉ (E.), DREYFUS-SÉE (G.). — La prophylaxie anti-tuberculeuse dans les préventoria d'enfants d'après quelques données récentes (*Presse Médicale*, 24 juin 1936).
- LESNÉ, LANGLE. — Présence de bacilles tuberculeux dans le pharynx de nourrissons ayant une cuti-réaction positive (*Ac. de Médecine*, séance du 9 juin 1925).
- LESNÉ, SAENZ, DREYFUS-SÉE, LAUNAY, Mlle SALEMBIEZ. — Société Médicale des Hôpitaux, 31 janvier 1936.
- Importance de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique et la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant (*Presse Médicale*, 5 février 1936).

- LESNÉ, SAENZ, FONTES MAGARAO, COSTIL. — Méthodes de diagnostic biologique de la tuberculose et leur valeur clinique (*Revue de Phtisiologie*, n° 1, 1933).
- LÉVESQUE (J.). — Etude clinique de la tuberculose infantile (Masson, édit., 1931).
- MARFAN. — Les enseignements de la cuti-réaction. L'immunité anti-tuberculeuse (*Presse Médicale*, 22 décembre 1933).
- MIKULOWSKI. — Contribution à la clinique de la tuberculose fermée chez les jeunes enfants (*Archives de Médecine*, avril 1929).
- MOLLARD. — Epreuves tuberculiniques. Notions récentes (*Journal de Méd. et de Chirur. pratiques*, 25 avril 1936).
- NOBÉCOURT, BRISKAS. — Cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants, de la naissance à 2 ans (*Presse Médicale*, 19 septembre 1936).
- PANNIER. — Evolution favorable dans la tuberculose pulmonaire de la première enfance (*Thèse Paris*, 1927).
- PARAF (J.). — Cuti-réaction en série au cours de la deuxième enfance (*Rev. de la Tuberculose*, juin 1928).
- PÉHU, DUFOURT. — Tuberculose médicale de l'enfance (Doin, 1928).
- PETIT (G.). — Le préventorium est-il utile ? (*Courrier Médical*, 18 juin 1933, n° 25).
- Le rôle et l'organisation du préventorium (*Le Courrier Médical*, 5 mai 1935).
- RIBADEAU-DUMAS. — Les débuts de la tuberculose pulmonaire (Flammarion, édit., 1925).
- RIST, LÉVESQUE. — Contribution à l'étude du diagnostic et au pronostic de la tuberculose pulmonaire de primo-infection chez l'enfant (*Rev. Française de Pédiatrie*, t. IV, 1928).
- ROHMER. — Clinique et épidémiologie de la tuberculose infantile. Les bases actuelles de la lutte anti-tuberculeuse (*Concours Médical*, 1925).

SAENZ (A.), COSTIL (L.). — Sensibilité comparée des milieux de culture et de l'inoculation au cobaye pour l'isolement des bacilles tuberculeux (*Sté de Biologie*, CXIII, 1933).

— Intérêt pratique du diagnostic bactériologique de la tuberculose par la culture du bacille de Koch (*La Médecine*, mai 1936).

— Diagnostic bactériologique de la tuberculose (Masson, édit., 1936).

SILBERSTEIN. — L'organisation scientifique et rationnelle d'un préventorium pour enfants (*Le Jeune Médecin*, juillet 1927).

TAILLENS. — Les enfants tuberculeux (*L'Expansion Scientif. Franç.*, 1931).

VANDER SNISSSEN. — Six ans de préventorium (*Le Scalpel*, 26 août 1933).

